

TÍTULO

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA CREACIÓN DEL PROGRAMA DE
ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL DE SAN
JOSÉ

Co-investigadores:

BEJARANO CIPRIAN PAULA DANIELA
ROJAS MUÑOZ PAMELA
TORRES GUERRERO LEIDY CATALINA

Informe de investigación

Investigador principal:

JAVIER FERNANDO QUINTERO OLIVAR.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS
PSICOLOGÍA
BOGOTÁ
2019

INTRODUCCIÓN

Este informe de investigación se presenta como producto de la segunda fase del macro proyecto de uno de los semilleros de investigación (Programa de acompañamiento psicológico en pacientes oncológicos en el Hospital de San José) de la Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). El presente informe pretende aportar aspectos metodológicos que se pueden aplicar a la población oncológica del HSJ para la identificación de riesgos emocionales generados por la enfermedad, lo anterior permite realizar el planteamiento metodológico de la herramienta psicológica que aporte al programa de acompañamiento psicológico desde el enfoque sistémico. Por lo cual se desarrolló revisión de información sobre técnicas y herramientas que se podrían implementar, categorizando las propuestas encontradas para la selección de estas. Considerando que una enfermedad oncológica genera un impacto en el paciente que produce así mismo cambios físicos que podrían influir en la aparición de alteraciones emocionales que desarrollan un impacto a nivel personal, familiar, ambiental y laboral, acorde a lo mencionado se propone el manejo de ansiedad, depresión y conciencia de enfermedad factores que según la literatura pueden influir en el desarrollo personal de la persona. De acuerdo a lo anteriormente mencionado la segunda fase del macro proyecto tiene como finalidad diseñar una propuesta metodológica que sirva de sustento como insumo a la creación y diseño del programa psicológico enfocado en el malestar psicológico y el bienestar emocional; dicha propuesta metodológica se realiza a partir del mapeo como técnica de investigación para el reconocimiento de factores psicológicos que aparecen a raíz de una enfermedad oncológica, esta misma técnica es utilizada para el rastreo de técnicas psicológicas que aporten a la construcción de la herramienta del "programa de atención psicológica a pacientes oncológicos". A partir de los resultados se definen los instrumentos

de evaluación a usar, el número de sesiones a trabajar, técnicas a implementar y grupo a evaluar.

ANTECEDENTES

La visión de la relación entre el cáncer y la psicología es prácticamente reciente, factores como el entendimiento del cáncer como una enfermedad que no necesariamente conduce a la muerte, el trato humanizado que necesitan los pacientes que padecen esta enfermedad y sus familias y la comprensión de los factores psicológicos que afectan el desarrollo de esta enfermedad como lo son los contextos, estilos de vida, cambios emocionales, entre otros, han permitido que la psicología abra campo en el trato de la enfermedad oncológica. Si bien es cierto, durante años se ha planteado la relación entre los factores psicológicos y lo oncológico, pero no es hasta 1992 que aparece el término psicooncología. El psicólogo que ejerce como psicooncólogo está en capacidad de acompañar el proceso oncológico, en conjunto con un equipo multidisciplinar desde el inicio de su tratamiento hasta el desenlace, ya sea por cura o fallecimiento del paciente que padece esta enfermedad (Rivero, Piqueros, Ramos, García, Martínez, Oblitas, 2008).

La psicooncología se volcó entonces en la determinación de trabajar en los estilos de vida y conductas de salud que promovieran la adopción de comportamientos saludables que previenen el desarrollo del cáncer o que permitan la detección precoz. Este énfasis se vio reflejado en el impacto que toma el apoyo social y su relación con la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad, sin dejar de considerar los temas clásicos de la Psico-oncología: personalidad, estrés, información, tratamientos, etc., enmarcados en el concepto de la "calidad de vida". (Huertas, García., 2011)

Holland (1998) considerada la fundadora de la psicooncología define dos áreas básicas de interés: la valoración de la respuesta emocional del paciente y sus familiares ante la enfermedad y el estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la morbilidad del cáncer. (Huertas, García., 2011)

Examinado esto se enfatiza en emprender en el entendimiento de las complicaciones y cambios que conlleva el diagnóstico de una enfermedad oncológica para el tratamiento, intervención y acompañamiento del mismo, especialmente para el trabajo que se desarrolla desde la psicología. Teniendo en cuenta que el cáncer demuestra diversos cambios en las esferas de ajustes de los pacientes (personal, familiar, escolar, laboral y social), *“su diagnóstico favorece el desarrollo de problemas para el paciente, la familia o la comunidad, en cualquier fase de su trayectoria”* (Bultz & Carlson, 2006; Bultz & Johansen, 2011 citados por Moreno, Krikorian y Palacio, 2015). Conforme a lo anterior, frente a las alteraciones que se evidencian en áreas de ajuste, el objetivo desde el servicio de psicología es brindar un soporte a los pacientes y sus familias afectados por dicha enfermedad. El abordaje de un terapeuta en todas las etapas se realiza desde las fases de prevención, rehabilitación e intervención (Malca, 2005).

Se destaca que el paciente diagnosticado con una enfermedad oncológica genera ciertos cambios, haciendo referencia a esto podemos hablar del distrés emocional el cual se une con el proceso de enfermedad por lo que se marcan aspectos negativos para la salud y la calidad de vida.

Bultz & Carlson; Rebollo & Aguilar, (2006), refieren que estos cambios generados por la enfermedad *“una vez diagnosticado al paciente esta, entra a la cotidianidad de la vida y empieza a generar alteraciones en la seguridad y confianza, desarrollando cambios a los que el paciente no está preparado para enfrentarse”*. De acuerdo a los cambios desarrollados

el paciente empieza a generar una aceptación lenta y progresiva a un proceso de adaptación, que conlleva según Bultz & Carlson (2006), Rebollo & Aguila. citados por Moreno, Krikorian y Palacio (2015) a la reorganización del medio familiar, emocional y la elaboración de duelos de aquellas situaciones a las que diariamente se ve obligado a renunciar. Este proceso de adaptación se puede acompañar de respuestas emocionales como lo son: impotencia, irritabilidad, desesperanza, pérdida de control, ansiedad, estrés, tristeza, depresión, miedo, entre otros.

Teniendo en cuenta el impacto y las reacciones emocionales que implica la enfermedad, se trabajan diferentes teorías y modelos que abordan la calidad de vida en este proceso, como lo es la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, la teoría de incertidumbre de Mishel Merle, la teoría de afrontamiento estrés y procesos cognitivos de Lazarus y Folkman entre otros, que son teorías que marcan conductas y acciones que representan la manera en que influye las conductas saludables en una enfermedad en general. (Triviño, Sanhueza., 2005)

“Hoy en día se consideran dos formas de establecer la relación entre la oncología y la psicología, de acuerdo al establecido por Sanz y Modolell El Modelo de Interconsulta (MIC), que con mayor frecuencia prevalece en las unidades de Psico-oncología está basada en la creación de una unidad de Psico-oncología autónoma e independiente de los servicios de psiquiatría y de oncología. Modelo fundacional (MFU), está basado en la incorporación del psico-oncólogo dentro de las unidades de oncología, considerado en modelo integrado. Y que persigue integrar un equipo interdisciplinario de atención al paciente.” (Ascencio & García., 2011).

Debido a esto se comenzaron a construir diferentes modelos de atención, guías y protocolos que abarcan el cómo se debería trabajar desde lo psicológico al paciente oncológico, uno de ellos es el modelo psicosocial, que se basa en homogeneizar la atención

que el paciente y la familia deberían recibir en el hospital, con el objetivo de abordar al paciente desde una mirada social abarcando todas sus necesidades, limitando funciones de los especialistas y resaltando el trabajo multidisciplinar. En estos modelos psicosociales las intervenciones más comunes son: intervención conductual, intervención cognitiva, intervención cognitivo-conductual, asesoramiento, intervención psicoeducativa, terapia de grupo, conciencia plena y técnicas en habilidades. (Gill, Novellas., 2003)

Otro modelo utilizado es el modelo ecológico de Bronfenbrenner, donde su postulado principal es que los ambientes naturales son la principal influencia de la conducta, teniendo en cuenta el ambiente ecológico en cual se encuentra la persona donde se debe tener una constante acomodación entre el ser humano y los entornos cambiantes, desde este punto se coloca al paciente en interacción a sus microsistemas y manifiesta un postulado de cómo el paciente se tiene que ir adaptando a sus ambientes que forman su vida cotidiana (familia, trabajo, hospital, etc.) (Torrico, Santin, Vilariño, Villas, Méndez., etc. 2002)

Además de esto se ha desarrollado también modelos de trabajo con familias y parejas con enfermedad oncológica donde los objetivos que se plantean están en cambiar la narrativas de las familias, comprender la enfermedad y cómo enfrentar estresores asociados, co-construir esperanza desde una evaluación realista de la situación entre otros. Donde en una investigación que realizó Seller (2012) con terapeutas familiares en el contexto de la salud, se demostró que un 90% de los pacientes señalaban la disminución de su dolor emocional. (Rojas, Gutiérrez., 2017)

Considerando el modelo familiar varios autores comenzaron a proponer diferentes formas de intervenir con la familia y el paciente desde un enfoque sistémico donde encontramos a Penn (2001) desde la terapia narrativa sistémica nos empieza a plantear el trabajo con la escritura y las metáforas en las familias y las parejas, habla que al escribir la experiencia con

la enfermedad, se comienzan a señalar aspectos ocultos bajo las narrativas y emociones centradas en el cáncer, además de como por estos instrumentos se puede co-construir con la familia en torno a sus esfuerzos y deseos para abrir nuevos horizontes de esperanza; el grupo de Robinson, Carrol y Watson (2005) se centran en la intervención de mantener o recuperar vínculos, donde se centran en temas como aislamiento VS. Conexión, creencias sobre el significado de vida y de muerte, y la necesidad de encontrar un equilibrio entre la vida antigua y la vida nueva, asimismo Steinglass y sus colaboradores (2012) desarrollaron una metodología de grupos multifamiliares basándose en talleres de un día con la familia abarcando diferentes temas: educar sobre formas del diagnóstico y tratamiento, normalizar experiencias, dificultades, reacciones, etc., confrontar y desafiar el aislamiento entre otros. (Rojas, Gutiérrez. 2017)

Tomando en consideración lo anterior la psicooncología actual busca suplir la necesidad nacida de la importancia de la expansión sin romper los enfoques clásicos trabajados desde hace décadas, constituyendo una serie de consideraciones: comprender el momento existencial que esa persona está viviendo, empatizar con su dolor y sufrimiento, ayudarlo a volver a su esencia para que se recupere y mejore su calidad de vida, considerar una mirada holística en lo comprensivo y terapéutico, realizar y co-construir un tratamiento integrado, entre otro.

Por tal motivo nace la propuesta de investigación de la creación de un programa de intervención en los pacientes oncológicos, construyendo otras formas de acercamiento hacia la población con esta patología, donde se planteen nuevas formas de contacto hacia el paciente y familia y se implementen nuevas herramientas de prevención ante el distrés emocional que se presenta con todos los cambios efectuados. Considerando que existe poco sustento teórico actualizado que abarque este tema enfatizando un enfoque sistémico en población Colombiana. Con esto se explica la necesidad de plantear herramientas que aporten

a la creación y aplicación del programa de atención psicológica en pacientes oncológicos del hospital de San José.

METODOLOGÍA

Partiendo de la necesidad de plantear y crear la ruta metodológica que se implemente en el programa de atención psicológica en pacientes oncológicos, siendo este el problema de investigación, partimos de una pregunta problema la cual es ¿qué instrumentos de evaluación y técnicas de intervención aportaran la creación de la ruta metodológica del programa de atención psicológica en pacientes oncológicos?

Se plantea dicha pregunta con el fin de empezar el planteamiento de la metodología a seguir en el macro proyecto del programa.

Teniendo en cuenta que para realizar un programa se debe determinar el malestar psicológico que pueda presentarse en el paciente diagnosticado con alguna enfermedad oncológica, se plantea la revisión bibliográfica de alteraciones emocionales en paciente oncológico, extrayendo de allí información que facilite la búsqueda de pruebas psicométricas e instrumentos que se relacionen con la evaluación emocional de un paciente oncológico. De acuerdo a esta búsqueda bibliográfica y a investigaciones que refieren las posibles respuestas emocionales y los cambios que se generan a raíz de la enfermedad, se proponen instrumentos de evaluación emocional y técnicas interventivas que permitan la disminución de dichas respuestas generadas por el diagnóstico, de acuerdo a esto se plantea la ruta metodológica del macro proyecto de investigación acorde a la aplicación de instrumentos y técnicas interventivas.

1.1 Objetivo general:

Diseñar la metodología que aporte a la creación de la herramienta evaluativa e interventiva del programa de atención psicológica a pacientes oncológicos.

1.2 Objetivos específicos:

1. Explorar pruebas psicométricas que aporten información para el desarrollo de la metodología del programa de atención psicológica a pacientes oncológicos.
2. Plantear técnicas interventivas que aporten al desarrollo de la metodología del programa de atención psicológica a pacientes oncológicos.

Pregunta: ¿Qué instrumentos de evaluación y técnicas de intervención aportaran a la creación de la metodología de del programa de atención psicológico a pacientes oncológicos?

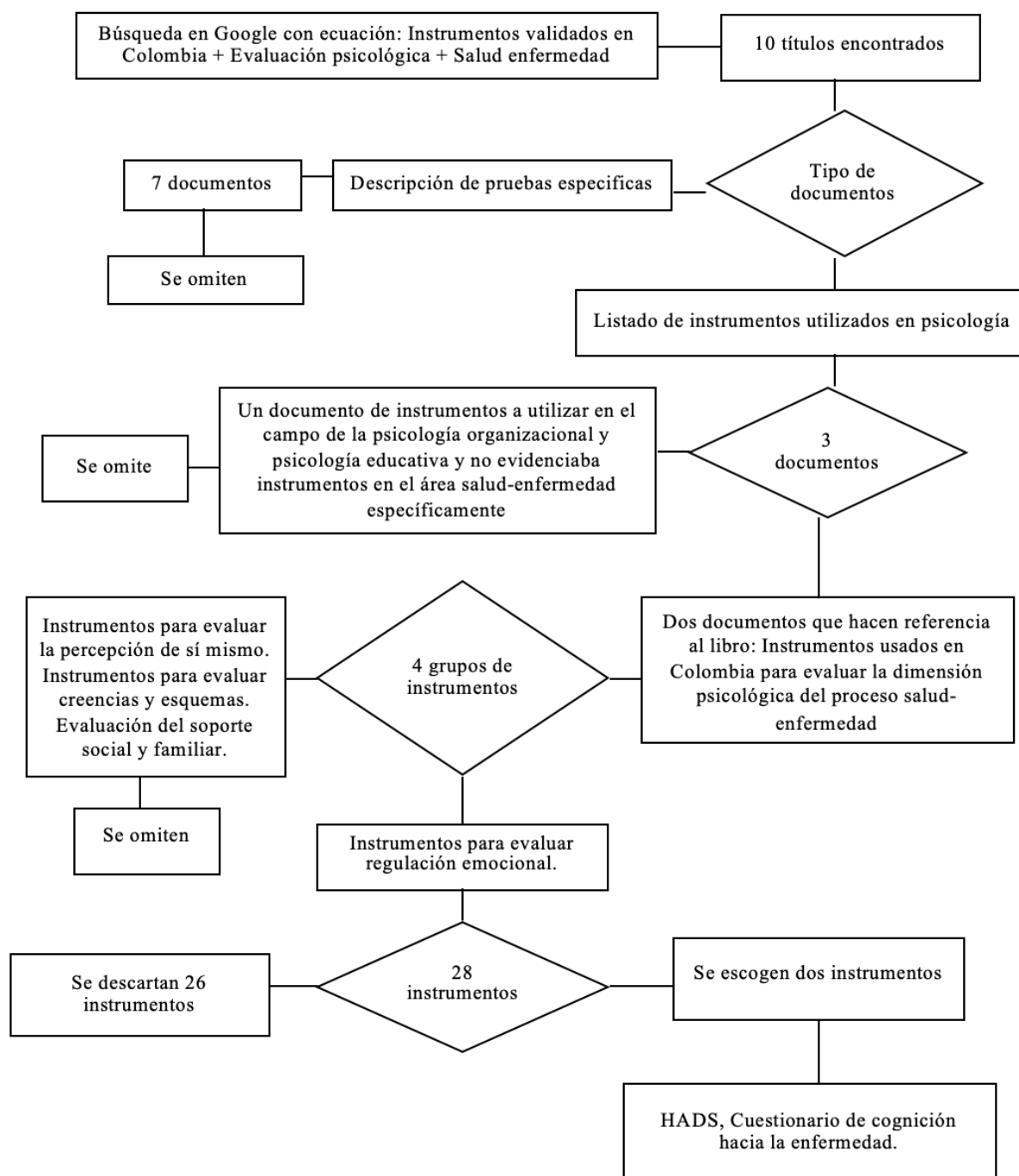
Descripción metodológica:

Esta investigación se rige bajo un análisis exploratorio con enfoque cualitativo teniendo en cuenta que se basa en una investigación que se genera a raíz de un problema innovador y ayuda a identificar conceptos promisorios. Las variables a utilizar son independientes y no se espera encontrar ninguna relación entre estas, por lo cual es el más pertinente para establecer los instrumentos y herramientas concernientes para la propuesta de la ruta metodológica en la segunda fase del macro proyecto.

En la primera fase se realizó la creación de un instrumento para la recolección de información la cual fue la entrevista semi- estructurada, de igual modo se realizó una revisión de pruebas psicométricas a aplicar por medio de la técnica de mapeo de revisión (Gráfico 1), donde se encontraron 96 posibles pruebas a utilizar en la ruta metodológica pero de las cuales se seleccionaron dos instrumentos para la complementar y comparar la información brindada por el paciente y/o familiares. La selección de los instrumentos de evaluación se realizó bajo los siguientes parámetros de inclusión: pruebas que se encuentren validadas para la población colombiana, pruebas que midan conciencia y percepción de enfermedad, y pruebas auto

aplicables se seleccionan 3 instrumentos (HADS, Cuestionario de cognición de enfermedad, entrevista semi-estructurada).

Gráfico 1: Mapeo de instrumentos.

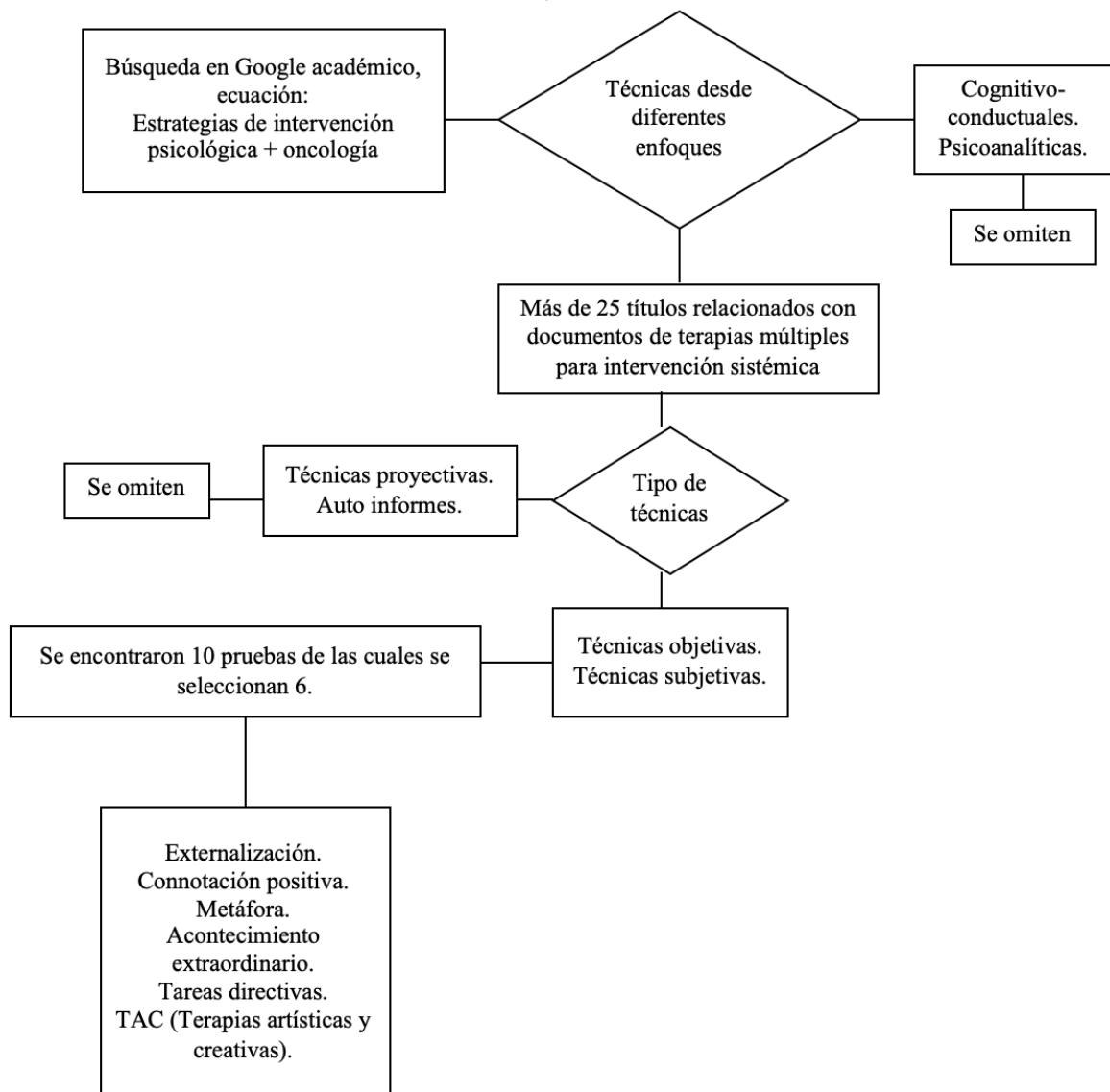


Fuente: Elaboración propia.

En la segunda fase se realizó la revisión de las técnicas que se plantean para la metodología donde se desarrolló bajo la técnica de mapeo de revisión bibliográfica teniendo

en cuenta conceptos claves sobre cambios emocionales, sociales, laborales, ambientales y familiares que se generan a raíz de un diagnóstico oncológico, para la selección acorde de lo que se quiere medir en un primer momento sin dejar de lado la pertinencia de la coherencia que estas mismas tengan con el enfoque psicológico a utilizar dentro de la creación e implementación de la herramienta a usar en el programa de atención psicológica (Gráfico 2)

.Gráfico 2: Mapeo de estrategias de intervención.



Fuente: Elaboración propia.

Para la tercera fase se realiza la creación de la ruta metodológica de atención para el programa de atención psicológica a pacientes oncológicos, donde se recolectan los

instrumentos y técnicas de intervención, donde se plantean realizar nueve ocho sesiones, en la cuales las dos primeras es recolección de información por medio de la entrevista semi-estructurada e instrumentos de evaluación (HADS- Cuestionario de cognición hacia la enfermedad). En las sesiones intermedias se implementan las técnicas seleccionadas y la última sesión de cierre.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. PRUEBAS.

- a. Pruebas que se encuentren validadas para la población colombiana.
- b. Pruebas que midan conciencia y percepción de enfermedad
- c. Pruebas auto aplicables

2. TECNICAS DE INTERVENCION

- a. Técnicas que se utilicen desde el enfoque sistémico.
- b. Técnicas que se puedan utilizar en familia y paciente en las etapas de la enfermedad oncológica

3. POBLACIÓN

- a. Pacientes mayores de 18 años de edad.
- b. Pacientes que asistan al servicio de oncología del Hospital de San José por consulta externa y hospitalización.
- c. Paciente con dx oncológico sin importar el ciclo de la enfermedad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

- a. Pruebas que no se encuentre avaladas en el país
- b. Pruebas que contengan más de 20 ítem de evaluación
- c. Pruebas que midan aspectos cognitivos

2. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

- a. Técnicas que no provengan desde el enfoque sistémico.

3. POBLACIÓN

- a. Pacientes menores de 18 años.
- b. Pacientes sin Dx oncológico.
- c. Paciente con enfermedad psiquiátrica
- d. Pacientes con diagnóstico hematológico

Instrumentos seleccionados:

- 1. Entrevista clínica semiestructurada
- 2. HADS
- 3. Cuestionario de cognición hacia la enfermedad

Herramientas seleccionadas (Módulos)

- 1. Metáfora
- 2. Acontecimientos extraordinarios
- 3. Reestructuración o connotación positiva
- 4. Externalización del problema.
- 5. TAC
- 6. Tareas directivas.

Implicaciones Éticas:

Para la investigación se tendrán en cuenta los criterios éticos planteados por el Ministerio de salud en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 “*Por lo cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud*”. Ministerio de Salud de Colombia (1993).

Según el artículo 11 del capítulo II, el presente estudio se clasifica como investigación sin riesgo ya que se “*Emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta*” Ministerio de Salud de Colombia (1993).

Además al ser una investigación sin participantes, se tomará en cuenta las implicaciones éticas del código deontológico de psicología donde se resaltarán el artículo 33 que menciona que todo psicólogo en el ejercicio de la profesión pretende contribuir al progreso de la ciencia, además del artículo 48 donde se especifica que el informe que se obtenga de la investigación será claro y preciso para el destinatario donde se explicará los alcances y limitaciones de este.

MARCO REFERENCIAL

El cáncer se ha abarcado como uno de los problemas mundiales de salud como principal causa de muerte, además de las múltiples consecuencias que marca limitaciones físicas y emocionales en las personas, este padecimiento genera reacciones emocionales fuertes en los pacientes relacionado al impacto del diagnóstico y los tratamientos, generando como necesidad la intervención psicológica en estos procesos, comprendiendo desde una mirada interdisciplinaria y multifactorial. (Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, González y Martín (2012). Se encuentra a partir de la información brindada por el Observatorio global de cáncer que en el año 2018 hubo un crecimiento de casos, se revela que van 18.078.957 casos detectados a nivel mundial de los cuales resaltan que la mayor prevalencia de cáncer es el de pulmón con un total de 2.093.876 y el de mama con un total de 2.093.876. A nivel nacional se ha registrado 101.893 casos nuevos en el 2018, donde 47.876 son de hombres y 54.017 son de mujeres. En el país se resalta que el cáncer que predomina en mujeres es el de mama con un 13.1% de prevalencia, además del de colon y el de tiroides y en hombres es el de próstata con 17.712 casos, además de que se observa prevalencia en cáncer de estómago y colon (Consultorsalud, 2018).

En esta enfermedad que se remonta desde la antigua Grecia, los tratamientos han tenido un avance fundamental que ha cambiado el pensamiento pesimista que se manejaba ante la enfermedad, elevando la esperanza de remisión y vida así mismo generando en los

especialistas la necesidad de involucrar a psicólogos y psiquiatras en el acompañamiento de los pacientes para el bienestar emocional. Desde esta necesidad y de acuerdo a Rojas, Fuentes, Rober, Droguett, Briganti, Iribarne, Muñoz, Kraupskopf, (2017) nace la psicooncología que se basa en el estudio del impacto del cáncer en las funciones psicológicas en los pacientes y sus familias.

Se desencadenan nuevos conceptos desarrollados a través de la relación de los factores estresantes siendo una estrategia para normalizar ciertas reacciones en relación a la enfermedad, lo que se denomina “malestar emocional” o distrés emocional, concepto que ha sido utilizado en los últimos años en el contexto oncológico en salud mental, además se ha convertido en un elemento capital para valorar la salud y el bienestar de los pacientes con cáncer. Estos conceptos para los especialistas en el ámbito clínico han tomado poder como el “sexto signo vital” tan principal como la temperatura, la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea o el dolor. Se trata de un concepto propuesto por la National Comprehensive Cancer Network, para no cargar ni categorizar en el contenido psicopatológico a las dificultades psicológicas de los pacientes con cáncer, pero es impreciso, tanto respecto a los instrumentos utilizados para su evaluación operativa, donde incluye en gran medida lo que se considera los síntomas depresivos y los síntomas ansiosos en el proceso ((Hernández, et.al.2012). Según las respuesta emocionales en los pacientes oncológicos se demuestra en el estudio realizado por Mate,Hollenstein y Gil denominado Insomnio, ansiedad y depresión en paciente oncológico(2004) que la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos se manifiesta en un 32% con un total de 68 casos partiendo de 215 pacientes.

Por lo cual teniendo en cuenta el objetivo del macro proyecto y el fin de la metodología que se quiere proponer se seleccionaron en primer lugar las siguientes pruebas:

- **Cuestionario de Cognición hacia la Enfermedad (The Illness Cognition Questionnaire- ICQ)**, desarrollado inicialmente por Evers, Kraaimaat, Van Lankveld y Bijlsma, 1998; Evers et al., 2001. Se cuenta con una adaptación en español realizada por Vinaccia y Arango (2003), estandarizada en población Colombiana. El cuestionario consta de 18 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1(para nada) a 4 puntos (completamente). Comprende tres dimensiones: desesperanza [$\alpha = .88$], aceptación [$\alpha = .90$] y beneficios percibidos [$\alpha = .84$]. A mayor puntuación mejor valoración en cada una de las dimensiones del cuestionario. Se selecciona esta prueba ya que con la aplicación se conocerá a cerca de la percepción y la cognición que tiene la persona frente a su enfermedad, se podrán reconocer las necesidades emocionales y el entendimiento que existe de la enfermedad. (Londoño,Alejo,2017)
- Se plantea que esta prueba haga parte de la herramienta del macro proyecto de investigación y de la metodología del mismo.
- **HADS:** Es un instrumento autoadministrable para pacientes ambulatorios cuyo comportamiento difiere según la población clínica. La escala HADS es un instrumento válido para detectar posibles casos de ansiedad y depresión. La validación de este instrumento permite su utilización rutinaria para la evaluación integral del paciente y su referencia oportuna a salud mental. La validación colombiana mostró una adecuada consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 (Rico, Restrepo & Molina, 2005). El HADS es el instrumento de referencia a la hora de evaluar depresión y ansiedad en población oncológica (Jacobsen et al., 2005; Carey, Noble, Sanson-Fisher & Mackenzie, 2012).
- Se plantea este instrumento por diversas razones, una de ellas es que el instrumento es de fácil acceso, este mismo se encuentra en el servicio de psicología del hospital de

San José, además la aplicación del instrumento permite la evaluación de ansiedad y depresión del programa de atención psicológica en paciente oncológico.

El malestar emocional, la ansiedad y la depresión se evaluaron mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), en su versión en español.

- **Entrevista Clínica:** hace referencia a *“Una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupar (esto es, dos o más de dos personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal (oral), auditivo, cinestésico, táctil, olfativo, no verbal (gestual y postural) y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio).”* (Aragón, 2002). La entrevista clínica se plantea como uno de los primeros pasos para realizar la metodología debido a que es el primer acercamiento con el paciente; se tendrá en cuenta que la entrevista debe ir dirigida hacia el enfoque sistémico por lo cual se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Etapas de la entrevista.
 - 1.1. Rapport
 - 1.2 Etapa social. (Datos demográficos, identificación de áreas de ajuste)
 - 1.3 Motivo de consulta.
 - 1.4 Definición del problema.
 - 1.5 Cierre.

En segundo momento se escogieron las siguientes técnicas de intervención a implementar en la ruta metodológica:

- **Cuentos de metáforas en las distintas fases de la enfermedad:** Erikson como precursor de la metáfora en la práctica terapéutica, destaca esta como una técnica que, vista desde afuera, surge de manera natural y permite al terapeuta moverse en una conversación espontánea con el consultante. La metáfora no sólo se ve como una herramienta o instrumento de conversación, sino que resalta como el síntoma se representa en el lenguaje metafórico que, de alguna manera, camufla otros tipos de problemas relacionados, invita a que este asuma la cultura y costumbres de los consultantes, a manera de adaptación, buscando dejar a un lado la técnica y vivir el proceso (Gil, Montoya, Ocampo, Orozco, Pineda, 2016). Por lo cual se le otorga al paciente un libro de metáforas y cuentos que tengan relación a todas las etapas que experimenta en la enfermedad oncológica, y llegar a una reflexión de cómo se podría comenzar a experimentar estas.
- **Fichas de acontecimientos extraordinarios:** Esta técnica se lleva a cabo mediante la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema (enfermedad), recordando hechos que contradigan los efectos del problema sobre sus vidas (White y Epston). Es una técnica donde se resaltan los acontecimientos extraordinarios para la persona de manera alternativa y creativa para sobrellevar situaciones de alto impacto de estrés ejemplo: *“Cuando ya nos íbamos al hospital llevábamos ahí la maletota y siempre les decía ¡ay! ya nos vamos de vacaciones al hotel de cinco estrellas... y luego nos decían: ¡ay! hasta el noveno piso, y yo les decía ¡claro, claro es el Penthouse”* (García, Mellado, Illarramendi, Perez, 2016). Teniendo en cuenta lo anterior, se pretende realizar fichas de acontecimientos extraordinarios con el paciente que se

pueda utilizar en los diversos momentos en los cuales él/ella comience a experimentar en el transcurso de la enfermedad, para llegar a tener un proceso de adaptación y afrontamiento.

- **Connotación positiva con el ejercicio de los cerillos:** es una herramienta sistémica, cuyo objetivo es cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional relacionada con la experiencia ante una situación poniéndola dentro de otro marco que se adapta, tan bien o mejor que aquél, a los “hechos” de la misma situación concreta, cambiando así completamente su significado. Se pretende alterar el significado que se atribuye a un determinado acontecimiento (sea un suceso, una conducta, una emoción, un síntoma, etc.) sin modificar necesariamente a priori dicho acontecimiento. Por lo cual el terapeuta propone un cuadro de referencia alternativo del que maneja el paciente, pero coherente a su vez con el sistema de construcción del paciente. De modo que se realizará un ejercicio denominado “Tienes un cerrillo” donde a el paciente se le otorga 7 cerillos donde debe armar diferentes figuras, luego retira uno por uno cada cerillo y realizar las mismas figuras pero con un cerillo menos, esto con el fin de llegar a diferentes alternativas en el proceso de salud frente a la comprensión que se tiene de la enfermedad.
- **Externalización del problema:** Fue propuesta por White y Epston en el año 2002, desde un enfoque sistémico desde la terapia narrativa, este tipo de técnica interventiva tiene como objetivo que la persona externalice sus problemas separados de su identidad. La externalización del problema tiene como objetivo principal, que los consultantes encuentren al externalizar sus vivencias, quedar libres para que así tengan la capacidad de explorar otras ideas de lo que ellas mismas podrían ser, teniendo este objetivo principal la externalización del problema permitirá la liberación de sentimientos como lo son la vergüenza y el miedo generando así en la persona

creatividad para enfrentarse a sus dificultades sin generar algún tipo de culpa. manera, la externalización del problema. (Urrego, Jaramillo, Rodríguez, Cardona, 2016).

Teniendo en cuenta el objetivo de la técnica se plantea implementarla en la herramienta que aporte al programa de atención psicológica al paciente oncológico, se plantea aplicar la técnica por medio del sentido del tacto, usando plastilina para que el paciente realice la externalización por medio de un objeto y logre moldear lo que para él ha generado y percibe su enfermedad.

- **Terapias artísticas y creativas (TAC):** Las terapias artísticas y creativas se centran en la expresión emocional por medio de construcciones artísticas como las gráficas, expresiones corporales y musicales. Estas terapias se dividen en: musicoterapia, arte terapia, danza movimiento terapia, dramaterapia y psicodrama. La arte terapia, es aquella que se centra en obras plásticas como lo son el dibujo, la pintura, la escultura, etc...

Por medio de la expresión emocional en la arte terapia de las terapias artísticas y creativas se evidencia mejora respecto a diferentes estados de ánimo pero principalmente en la ansiedad debido a los componentes de comunicación, reflexión, autoconocimiento y desarrollo personal que permite generar un autoconocimiento en el paciente respecto a su estado de ánimo y cómo este le afecta (Rabadán, Chamarro, Álvarez 2017).

- **Terapia breve:** Según Hewitt y Gantiva (2009) La terapia breve se plantea como una intervención psicológica de corta duración, con tareas y directrices específicas que permitan evidenciar los cambios generados por las mismas de forma más inmediata. Las terapias breves se basan en la autoeficacia, el paciente, en la realización de la

tarea o las tareas, desarrolla autoconocimiento y autorregulación, esto para favorecer el cambio en el paciente y su familia de forma activa.

La funcionalidad de la terapia breve se basa en la motivación del paciente y/o sus familiares por el cambio, al entender la necesidad del cambio y plantear objetivos para conseguir este se logra mayor compromiso y de igual forma mayor cumplimiento de las tareas planteadas.

RESULTADOS

Se realizó una revisión de instrumentos aplicables a pacientes que padecen enfermedades crónicas y sus familiares y se encontró el artículo Instrumentos de Psicología validados en Colombia de Constanza Londoño Pérez e Ivonne Edith Alejo Castañeda 2017, en este documentos se dividen las pruebas en cuatro categorías: instrumentos para evaluar regulación emocional, instrumentos para evaluar la percepción de sí mismo, instrumentos para evaluar creencias y esquemas y evaluación del soporte social y familiar (Londoño y Alejo 2017). Con base en el artículo y la búsqueda realizada se encontraron 97 pruebas distribuidas en las cuatro categorías anteriormente mencionadas, de estas pruebas se evaluó la población a la cual se aplican y las variables o áreas que miden o evalúan, en relación con el planteamiento del problema no se tomaron en cuenta las categorías: instrumentos para evaluar la percepción de sí mismo con 28 instrumentos, instrumentos para evaluar creencias y esquemas con 34 instrumentos e instrumentos que evalúan el soporte social y familiar con 7 instrumentos ya que los aspectos o áreas que miden no se relacionan con las áreas identificadas de interés a evaluar en pacientes oncológicos para el planteamiento de la metodología del macro proyecto. En la categoría Instrumentos para evaluar regulación emocional se encontraron 28 instrumentos de los cuales se descartaron aquellos cuya aplicabilidad se dirija a menores de edad lo que generó un total de 21 instrumentos. De los 21 instrumentos se identificó su

finalidad de evaluación y la población en la cual fue estandarizado (Tabla 1) de estos instrumentos se seleccionaron 2, el cuestionario de cognición hacia la enfermedad y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión HADS.

Tabla 1: Instrumentos revisados

Prueba	Finalidad de la evaluación	Población estandarizada
Escala de intolerancia a la incertidumbre	Detección de nivel de intolerancia hacia la incertidumbre.	Española
Escala de ansiedad y depresión en hospital	Ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario	Española
Escala de ansiedad y depresión de Leeds	Ansiedad y depresión	Española
Cuestionario de cognición hacia la enfermedad	Cognición de enfermedad	Colombiana
Cuestionario de preocupación y ansiedad CPA	Evaluar trastorno de ansiedad generalizada	Española
Perfil de estrés	Estrés y riesgo para la salud	Mexicana
Escala de ansiedad manifiesta en adultos	Grado de ansiedad	Mexicana
Test de orientación de vida revisado	Afrontamiento	Chilena
Inventario de preocupación de Pensilvania	Tendencia general del individuo a preocuparse. Preocupación-rasgo	Española, Estadounidense
Escala de ansiedad y depresión de Goldberg	Ansiedad y depresión	Española
Escala hospitalaria de ansiedad y depresión	Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico	Colombiana

Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Estado afectivo de los ancianos	Española
Cuestionario básico de depresión	Calidad del rasgo de la depresión	Española
Inventario de salud mental de cinco reactivos	Depresión en pacientes que acuden a un servicio de primer nivel de atención	No disponible
Inventario de depresión para adultos de Beck	Síntomas depresivos según criterio DSM-IV	Española
Escala de depresión de Calgary	Síntomas depresivos tanto en primeros episodios y descompensaciones agudas como en esquizofrénicos estandarizados	Española
Versión abreviada de la escala de Zung para la depresión	Medir la severidad de un episodio depresivo mayor en pacientes psiquiátricos hospitalizados	Colombiana
Escala de Hamilton para la depresión	Identificar personas depresivas	Española
Escala de riesgo suicida	Mejoría sobre el riesgo suicida	Española
Escala de depresión de Montgomery-Asberg	Intensidad de la sintomatología depresiva posterior a la intervención terapéutica	Francesa, Española
Inventario de ansiedad de Beck	Ansiedad	Chilena

Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de: Instrumentos validados en Colombia.

Además de estos se evidenció la importancia de crear una entrevista semi-estructurada que abarque las diferentes áreas de interés para la segunda fase del macro proyecto (Tabla 2), por medio de esta entrevista se busca identificar áreas de ajuste como lo son: laboral, familiar, personal escolar y social.

Tabla 2: Áreas e ítems a evaluar en la entrevista semiestructurada:

Área	Ítems
------	-------

Datos personales	- Nombre
	- Edad
	- Estado civil
	- Escolaridad
	- Ocupación
Datos familiares y sociodemográficos	- Donde vive
	- Con quién vive
	- Hijos (edad, género)
	- Hermanos (edad, género)
	- Padres (edad)
	- Relación con los familiares mencionados
	- Tipo de creencias
Exploración de cuadro clínico	- Qué sabe de la enfermedad
	- Qué le ha dicho el equipo médico de su estado de salud
	- Que entiende de lo que le ha dicho el equipo médico
	- Qué emociones le ha generado todo su proceso salud-enfermedad
Historial clínico y personal	- Antecedentes médicos personales y familiares
	- Aspectos relevantes observados durante la sesión
	- Fijación de metas u objetivos
	- Tareas terapéuticas
Explicación de conclusiones y cierre	

Fuente: Elaboración propia.

El cuestionario de cognición hacia la enfermedad, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión HADS y la entrevista semiestructurada serán incluidas en el planteamiento de la metodología del programa de atención a pacientes oncológicos Hospital de San José.

Por otra parte se realizó una búsqueda de técnicas utilizadas desde la psicología en paciente oncológico, donde se encontró como respuesta una categorización de las técnicas que se han utilizado desde la psicología (técnicas de auto informe, técnicas objetivas, técnicas

subjetivas, técnicas proyectivas, etc.) De este resultado, se comenzó a descartar todas aquellas que no cumplieran con los criterios de inclusión, donde se descartaron las categorías de técnicas proyectivas, de auto informe, desde este punto se realizó una discriminación de las técnicas según el enfoque desde el que se desarrollará y el interés y pertinencia a utilizar, las cuales como resultado de la búsqueda se obtuvieron 10 herramientas de las cuales se seleccionaron 6 que conformarán de primer principio el programa que se pretende plantear. Las cuales se muestran en la Tabla 3

Tabla 3: técnicas seleccionadas.

<i>HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO EN PACIENTE ONCOLÓGICO</i>		
<i>HERRAMIENTAS</i>	<i>ENFOQUE</i>	<i>QUE INTERVIENE</i>
<i>Externalización</i>	Sistémico	Síntomas depresivos
<i>Connotación positiva</i>	Sistémico	Factores estresantes en el proceso de salud
<i>Metáfora</i>	Sistémico	Aceptación y proceso de adaptación en todas las etapas de la enfermedad
<i>Acontecimiento extraordinario</i>	Sistémico	Cambios en las áreas de ajustes
<i>Tareas directivas</i>	Sistémico	Síntomas ansiosos
<i>TAC (terapias artísticas y creativos)</i>	Sistémico	Conciencia de enfermedad

Fuente: Autoría propia

Considerando los resultados de las pruebas aplicadas al paciente se determinan técnicas interventivas las cuales se rigen bajo ciertos criterios de inclusión: técnicas que se utilicen desde el enfoque sistémico que se puedan utilizar en familia y paciente en las etapas de la enfermedad oncológica.

Teniendo en cuenta lo anterior se propone trabajar frente a las tres áreas evaluadas por las pruebas, dividiendo las intervenciones en tres módulos:

1. Módulo Ansiedad:

1.1. Sesión 1:

- Que se evalúa: Expresión, comunicación, reflexión, autoconocimiento, afrontamiento y desarrollo personal.
- Técnica de intervención: Terapia Artística y creativa (TAC), arte terapia.

1.2. Sesión 2:

- Que se evalúa: Regulación emocional.
- Técnica de intervención: ¿para qué puede servir? tareas directivas

2. Modulo Depresión:

2.1. Sesión 1:

- Que se evalúa: Cambios en la narrativa dominante del paciente para la resignificación de la enfermedad.
- Técnica de intervención: Fichas de acontecimientos extraordinarios.

2.2. Sesión 2:

- Que se evalúa: externalización emocional de aspectos negativos del diagnóstico
- Técnica de intervención: externalización del problema.

3. Módulo Cognición de Enfermedad:

3.1. Sesión 1:

- Que se evalúa: Reflexión de experimentación y entendimiento de la enfermedad.
- Técnica de intervención: Cuentos de metáforas en las distintas fases de la enfermedad.

3.2. Sesión 2:

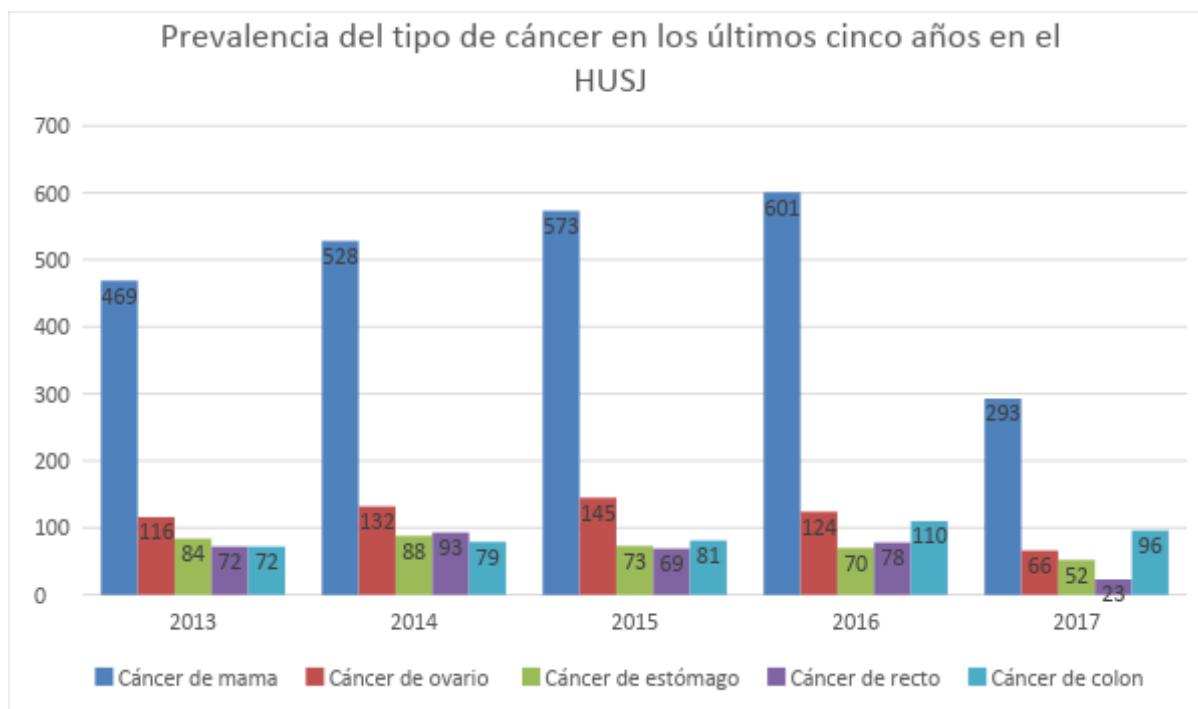
- Que se evalúa: Replanteamiento y búsqueda de soluciones alternas.
- Técnica de intervención: connotación positiva con el ejercicio de los cerillos.

4. Sesión de cierre.

Como tercer paso se enfocó en la selección de la población y el número de participantes que se tendrán en cuenta, seleccionando los métodos cualitativos a implementar y las fases que se realizarán en la investigación.

Por último para seleccionar a la población que participará en el programa de intervención psicológico se tuvieron en cuenta datos estadísticos de los pacientes que se maneja en el hospital san José, los cuales en primer lugar se seleccionará de manera aleatoria para evitar sesgos en la investigación. Se encuentra que la prevalencia de la enfermedad oncológica en el hospital San José se centra en partes sólida de órganos específicos (seno, estómago, ovario, recto y colon).

Gráfica 3 : Prevalencia de cáncer HSJ.



Fuente: Autoría propia

Frente al gráfico anterior se puede evidenciar que dentro del hospital de San José 530 personas sufren de una enfermedad oncológica categorizadas en cinco grupos, dichos datos fueron recolectados y actualizados en el año 2017. Para el estudio se pretende escoger el 10% de la población mencionada las cuales serán invitadas para participar de manera autónoma dentro de la investigación. Aquellas personas seleccionadas deberán cumplir con los criterios de inclusión, así mismo se iniciará con la prueba piloto.

Como conclusión se creó la propuesta de la ruta de metodológica de la segunda fase de la investigación.

ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta el problema que se planteó (como crear una ruta metodológica que nutra al programa de atención psicológica en paciente oncológico desde el enfoque sistémico) que se trabaja dentro del semillero de investigación, se tuvo como primera medida utilizar la

técnica de mapeo en revisión documental de instrumentos y herramientas que se consideren de opción para crear una ruta metodológica. Basándose en seleccionar y crear un mapa conceptual de posibles temas a profundizar en la revisión bibliográfica, con el objetivo de descartar en primer momento los temas que no se relacionaban con el tema de investigación y los que se consideran irrelevantes para su implementación.

En el segundo momento se plantean las fases y la población seleccionada para la investigación del semillero, teniendo en cuenta la prevalencia y las estadísticas de la población que se trabaja en el Hospital San José por lo cual se determinará el número de personas que se incluirán en un primer momento.

Como resultado a lo investigado se plantea la siguiente ruta que se propondrá desde la segunda fase del macro proyecto (Gráfico 4), esta ruta metodológica se dividirá en tres partes:

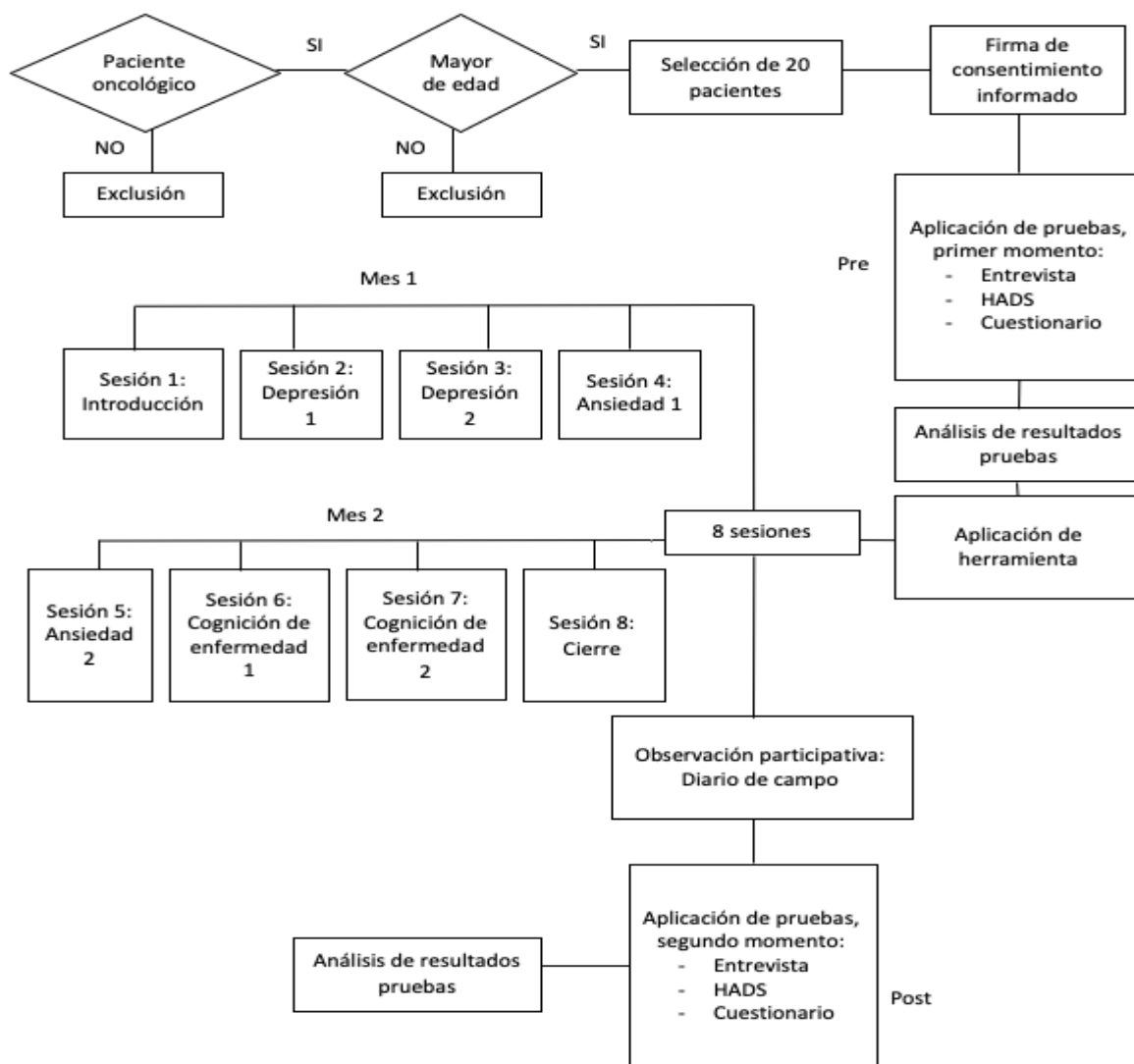
1. El primer paso de la investigación se realizará en el hospital San José de Bogotá, donde se seleccionará al azar 20 pacientes del servicio de oncología que cumplan los criterios de selección, a este grupo se les aplicará la escala HADS y el cuestionario de cognición hacia la enfermedad, además de la entrevista clínica semiestructurada, la cual permitirá la identificación de datos del participante en diferentes áreas. Con lo anterior se tiene como objetivo identificar las necesidades del paciente oncológico relacionadas a su proceso de salud - enfermedad, para generar un análisis para la creación de la herramienta de intervención.
2. En la segunda parte, con los resultados alcanzados del paso anterior y de acuerdo al análisis obtenido, se proporcionará la herramienta con las técnicas de intervención planteada a los participantes que intervendrá en las áreas evaluadas por los instrumentos de evaluación ya mencionados frente a la aplicación de la herramienta se hará un seguimiento a los 20 pacientes seleccionados el cual se registra por medio de

la técnica de investigación observación participante, llevando el registro por medio de diarios de campo. Las sesiones que se realizará con los pacientes se dividirán en ocho sesiones. La primera sesión será una introducción y apertura del programa, la sesión dos y tres se trabajarán los temas de depresión. la sesión cuatro y cinco se trabajará los temas de ansiedad, en las seis y siete la parte de cognición de la enfermedad y la sesión octava se hará la sesión de cierre incluyendo todo el programa.

3. El último paso se basará en aplicar nuevamente las pruebas de la primera fase a los participantes, donde se analizará y realizará un comparación en los síntomas que presentaban los pacientes oncológicos para identificación de cambios significativos en su estado emocional relacionado a su proceso de salud - enfermedad.

Así mismo se deberán revisar los diarios de campo y se hará su respectivo análisis frente a los mismos.

Gráfico 4. Flujograma Ruta Metodológica



Fuente: Autoría propia

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De acuerdo a lo indagado para el informe de investigación frente a la ruta metodológica a seguir en el macro proyecto “Creación de un programa de acompañamiento psicológico en pacientes oncológicos” se diseña y estructura la ruta metodológica a implementar por tal motivo debe regirse bajo unas fases: Primera fase: Selección de participantes de manera aleatoria para conformar el grupo de participantes; Segunda fase: entrega de herramienta como prueba piloto, de modo que se deben implementar las técnicas interventivas propuestas

en el informe de investigación las cuales serán aplicadas por el psicólogo tratante; Tercera Fase: al finalizar la aplicación de la herramienta con las técnicas interventivas se realizará una re-evaluación por medio de los instrumentos de evaluación aplicados en la primera fase y se desarrollará cierre terapéutico.

Fase final: entrega de resultados obtenidos durante la aplicación de la metodología.

Frente a la ruta metodológica se pretende tenga un impacto positivo para la creación del macro proyecto, teniendo en cuenta el déficit de programas de acompañamiento psicológico estructurados en Colombia, ya que la creación de dicho programa tiene como objetivo impactar en las respuestas emocionales y necesidades del paciente y la familia desde una mirada interdisciplinar basándose en falencias como la falta de programas de atención en psicología en los proceso de salud.

Recomendaciones

1. Para la siguiente fase es necesario construir la herramienta del programa de acuerdo a las técnicas interventivas planteadas en el informe investigación.
2. Realizar prueba piloto de la herramienta del programa para así mismo desarrollar un análisis comparativo con el fin de obtener el panorama del impacto que pueda tener la herramienta en los procesos psicológicos de los pacientes oncológicos y la eficacia que pueda tener el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ascencio, L., García, F. (2011), *Programa de formación en psico-oncología basado en el modelo funcional*. Elsevier, *Guía Mexicana de Oncología*, Vol. 10 núm. 2, pág. 59-120. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920111240768>
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2009), *Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia*. Colegio Colombiano de Psicólogos p 27. Obtenido de: https://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). *La reformulación en terapia sistémica: Universitat de Barcelona : Department de personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32749/1/REFORMULACION.pdf>
- ConsultorSalud,(2018). EN 2018 SE HAN REGISTRADO 101.893 CASOS DE CÁNCER EN COLOMBIA. extraído del sitio web: <https://consultorsalud.com/en-2018-se-han-registrado-101-893-casos-de-cancer-en-colombia/>
- García, R., Mellado, A., Illarramendi, C., & Pérez, M. (2016,). *Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil*. *Revista alternativas en psicología*. Órgano de difusión científica de la Asociación Mexicana de alternativas en psicología, A.C. Recuperado de <https://www.alternativas.me/attachments/article/97/1%20-%20Uso%20de%20t%C3%A9cnicas%20con%20enfoque%20sist%C3%A9mico%20narrativo.pdf>
- Gil, F., Novellas, A., (2004), *Modelo de atención psicosocial en oncología: standards*. *Revista psicooncología* vol 1, 179-184. Obtenido de:

https://www.academia.edu/18289996/MODELO_DE_ATENCI%C3%93N_PSICO-SOCIAL_EN_ONCOLOG%C3%8DA_STANDARDS

- Hernández,M., Cruzado,J., Prado,c.,Rodríguez,M., Hernández, C., González,M.,Martin,J (2012). *Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 9, Núm. 2-3. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4134642>*
- Hewitt, N., Gantiva, C, (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá [Colombia]/ Vol. 27[1]/pp. 162-173. Obtenido de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/10/18>*
- Huertas, L., Garcia, F., (2011). *Programa de formación en psicooncología basado en el modelo fundacional. Revista Mexicana de oncología. Vol. 10, 59-120. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-programa-formacion-psico-oncologia-basado-el-X1665920111240768>*
- Londoño. C., Alejo,I., (2017). *Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud - enfermedad .Colección Logos Vestigium 4. Obtenido de: <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/pdf/instrumentos-usados-en-colombia-para-evaluar-la-dimension-psicologica-del-proceso-salud-enfermedad.pdf>*
- Lujan, K., Montoya, L., Ocampo, L. N., Orozco O, L. & Pineda González, P. (2016). *La metáfora en terapia familiar: autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 49, 146-163. Recuperado de : <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/802/1322>*
- Malca,B (2005). *Psicooncología: Abordaje emocional en Oncología: Universidad de la Sabana. Recuperado de:*

<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/918/998>

- Ministerio de Salud (1993), *RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993, Ministerio de salud*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Moreno., A., Krikorian, A., Palacio, C (2015), *Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. Avances en psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/799/79940724011.pdf>
- Rabadán J., Chamarro A., Álvarez M. (2017). *Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sistemática. Psicooncología* 2017;14:187-202. Doi: 10.5209/PSIC.57079. Obtenido de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57079>
- Rivero, R., Piquera, J., Ramos, V., Garcia ,L., Martínez ,A., Oblitas, L(2008). *Psicología y Cáncer: Suma Psicológica*, vol. 15, núm. 1, marzo, 2008, pp. 171-197 Fundación Universitaria Konrad Lorenz . Obtenido de www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1342/134212604007/1
- Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013). *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. REV. MED. CLIN. CONDES*. Obtenido de: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Rojas, O., Fuentes, C., Robert. V., Droguett, M., Briganti, A., Iribarne, C., Muñoz, E., Kraupskopf, V., (2017) *Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión*

y cáncer. *Revista médica clínica los condes*, 28, 450-459. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300767>

- Torrico,E.,Santin,C., Villas,A., Mendez. S., López, J., (2002). *Modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología*. *Revista anales de la psicología*, vol. 18, 45-59. Obtenido de: https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
- Urrego,D.,Jaramillo,G.,Rodriguez,J.,Cardona,J (2015), *Sentidos de la Externalización del problema en la terapia narrativa*. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*. Obtenido de: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RFunlam/article/view/1895/1512>

ANEXOS

1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
FUCS
Programa de atención psicológico a pacientes oncológicos del hospital
San José.



Consentimiento Informado.

Señor(a) _____
mayor de edad, con domicilio _____ en la ciudad
de _____ con C.C. _____, Manifiesta haber
recibido la información acerca de su participación en la investigación del programa de
atención psicológico a pacientes oncológicos del hospital San José. Por lo cual acepta
participar como paciente durante investigación.

El paciente no será sometido a un trato inhumano ni indebido, se respetaran los derechos, el
proceso se realizará de forma ética, responsable y cuidadosa para velar por que el paciente
esté siempre en buenas condiciones. Además la información recopilada solamente tendrá
fines académicos, no se revelará información personal ni confidencial.

Se firma el día ____ del mes _____ del año _____ en la ciudad de

Nombre paciente:

Firma paciente:

Cédula paciente:

2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

**Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
FUCS
Semillero de investigación
Entrevista semi-estructurada para pacientes oncológicos**

Realice la recabación de información de forma empática, fluida y entendible, de modo que a quien se le aplique no lo entienda como cuestionario sino como diálogo.

Las siguientes son áreas a evaluar para la valoración inicial de pacientes oncológicos:

- Datos personales:
 - Nombre
 - Edad
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación
- Datos familiares y sociodemográficos:
 - Donde vive
 - Con quién vive
 - Hijos (edades y género)
 - Hermanos (edades y género)
 - Padres (edades)
 - Relación con los familiares mencionados
- Exploración de cuadro clínico:
 - Que sabe de la enfermedad
 - Que le han dicho el equipo médico de su estado de salud
 - Que entiende de lo que le ha dicho el equipo médico
 - Qué emociones le ha generado todo su proceso de salud y enfermedad
- Historia clínico y personal.
 - Antecedentes médicos familiares y personales
- Explicación de conclusiones y cierre.
 - Aspectos relevantes observados durante la sesión
 - Fijación de metas u objetivos
 - Tareas terapéuticas

Para finalizar no olvide agradecer a la persona entrevistada por su tiempo y colaboración.

3. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS).

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- | | |
|--|---|
| 1. Me siento tenso o nervioso. | <input type="radio"/> A veces |
| <input type="radio"/> Todos los días | <input type="radio"/> Casi siempre |
| <input type="radio"/> Muchas veces | |
| <input type="radio"/> A veces | 7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado. |
| <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Siempre |
| 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. | <input type="radio"/> Por lo general |
| <input type="radio"/> Como siempre | <input type="radio"/> No muy a menudo |
| <input type="radio"/> No lo bastante | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> Sólo un poco | |
| <input type="radio"/> Nada | 8. Me siento como si cada día estuviera más lento. |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. | <input type="radio"/> Por lo general, en todo momento |
| <input type="radio"/> Definitivamente y es muy fuerte | <input type="radio"/> Muy a menudo |
| <input type="radio"/> Sí, pero no es muy fuerte | <input type="radio"/> A veces |
| <input type="radio"/> Un poco, pero no me preocupa | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> Nada | 9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. |
| 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> Al igual que siempre lo hice | <input type="radio"/> En ciertas ocasiones |
| <input type="radio"/> No tanto ahora | <input type="radio"/> Con bastante frecuencia |
| <input type="radio"/> Casi nunca | <input type="radio"/> Muy a menudo |
| <input type="radio"/> Nunca | 10. He perdido interés en mi aspecto personal. |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. | <input type="radio"/> Totalmente |
| <input type="radio"/> La mayoría de las veces | <input type="radio"/> No me preocupo tanto como debiera |
| <input type="radio"/> Con bastante frecuencia | <input type="radio"/> Podría tener un poco más de cuidado |
| <input type="radio"/> A veces, aunque no muy a menudo | <input type="radio"/> Me preocupo al igual que siempre |
| <input type="radio"/> Sólo en ocasiones | 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. |
| 6. Me siento alegre. | <input type="radio"/> Mucho |
| <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Bastante |
| <input type="radio"/> No muy a menudo | <input type="radio"/> No mucho |

- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro.

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

4. CUESTIONARIO DE COGNICIÓN DE ENFERMEDAD.

- Este instrumento se encuentra en proceso de adquisición por lo cual no se agrega el anexo.